



# **Demande de règlement en cas d'invalidité**

**Évaluation initiale**

## Directives à l'intention du participant

Remplir la partie intitulée « Déclaration du participant ».

Voir à ce que l'employeur remplisse la partie intitulée « Déclaration de l'employeur ».

Voir à ce que le médecin remplisse la partie intitulée « Déclaration du médecin traitant – État psychologique » si la principale raison de votre absence du travail est d'ordre psychologique ou la partie « Déclaration du médecin traitant – État physique » pour tout autre état pathologique. Prendre soin de fournir au médecin une copie de la « Déclaration du participant » dûment remplie afin qu'il ait l'autorisation écrite de divulguer des renseignements à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada.

Prière de noter que vous devez assumer tous les frais exigés pour l'établissement de la déclaration du médecin traitant.

Soumettre les formulaires mentionnés plus haut à votre employeur ou ses mandataires en temps opportun, en prenant soin de les expédier tous ensemble afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement.

Si vous n'utilisez pas déjà le service de dépôt direct de la Standard Life, veuillez compléter l'autorisation qui se trouve à la fin de la présente page et la soumettre avec votre demande de règlement. Vos prestations seront directement déposées à votre compte bancaire, si votre demande est approuvée.



Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, la Standard Life établira un dossier de règlement vous concernant dans lequel seront consignés tous les documents reliés à vos demandes de règlement de prestations d'invalidité. Seul les employés et représentants autorisés responsables de la gestion de votre demande de règlement auront accès à ce dossier.

## Directives à l'intention du preneur

Remplir la partie intitulée « Déclaration de l'employeur ».

Soumettre les formulaires de demande de règlement en cas d'invalidité en temps opportun. Dans le cas d'une demande d'invalidité de longue durée (sans invalidité de courte durée), les formulaires dûment remplis doivent être expédiés à la Standard Life de la façon suivante :

Selon que le délai de carence est de :

- 90 jours, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés le 50<sup>e</sup> jour d'absence ;
- 105 jours, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés le 60<sup>e</sup> jour d'absence ;
- 120 jours, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés le 75<sup>e</sup> jour d'absence ;
- 17 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés la 11<sup>e</sup> semaine d'absence ;
- 26 semaines, les formulaires dûment remplis doivent nous être expédiés la 20<sup>e</sup> semaine d'absence ;

## Directives à l'intention du médecin

Remplir la section « Déclaration du médecin traitant » appropriée à la teneur du diagnostic principal.

## Dépôt direct - autorisation\*

Police n°	<input type="text"/>	Certificat n°	<input type="text"/>
Nom du participant	<input type="text"/>	Prénom(s)	<input type="text"/>
		Initiale	<input type="text"/>
Nom de l'institution financière	<input type="text"/>		
Adresse de l'institution financière	<input type="text"/>		
Succursale n°	<input type="text"/>	Institution n°	<input type="text"/>
Compte n°	<input type="text"/>		

J'autorise la Standard Life à déposer dans le compte bancaire susmentionné mes prestations d'assurances collectives. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer la Standard Life de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par la Standard Life ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.

Signature du participant	Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du propriétaire du compte (si différent du participant)	Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.

### Déclaration du participant

Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

#### Renseignements généraux

Police n°		Certificat n°					
Titre (M./Mme)		Nom		Prénom(s)		Initiale	
Adresse (n°, rue)				Ville		Province	
Code postal				Téléphone n°			
Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent)				Emploi (immédiatement avant le dernier jour travaillé)			
NAS		Date de naissance		A A A A M M J J			
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Date d'entrée en fonction initiale			
				A A A A M M J J			
Statut d'exonération fiscale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, veuillez préciser les raisons.					
Autre employeur actuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, indiquer le nom.					

#### Renseignements sur la demande

Avez-vous arrêté de travailler en raison :

d'une maladie     d'une blessure survenue hors travail     d'un accident d'automobile hors travail<sup>1</sup>     d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail

Si vous avez subi une blessure, veuillez indiquer où, quand et comment cela s'est produit.

Dernier jour de travail?    A A A A M M J J    Exerciez-vous :     Votre emploi habituel     Un travail modifié

Avez-vous effectué une journée complète de travail?     Oui     Non

Dans la négative, pendant combien d'heures avez-vous travaillé le dernier jour?    \_\_\_\_\_

Quel a été le premier jour où vous n'avez pas pu travailler?    Date    A A A A M M J J

Quand ces symptômes sont-ils apparus?    Date    A A A A M M J J

Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet?    Date    A A A A M M J J

Veuillez décrire tous vos symptômes, y compris la gravité et la fréquence.

Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable?     Oui     Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et les noms des médecins que vous avez consultés à ce moment.

Veuillez décrire les principales fonctions de votre emploi.

Veuillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches de votre emploi.

Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail?     Oui     Non    Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date    A A A A M M J J

## GF10342J

#### Service des règlements invalidité

**Montréal**  
C.P. 4002, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 4M2

**Toronto**  
C.P. 4105, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 2P4

**Calgary**  
C.P. 1315, Succursale M  
Calgary (Alberta) T2P 2L2

**Télécopieur : 1 866 645-4180**

Conserver les originaux de tout document télécopié à la Standard Life.

<sup>1</sup> S'il s'agit d'un accident d'automobile, veuillez soumettre un rapport de police ou d'accident, sauf pour les résidents du Québec.

## Déclaration du participant (suite)

### Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez énumérer tous les professionnels de la santé (**dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc.**) que vous avez consultés au cours des 12 derniers mois, en commençant par le dernier. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre un feuillet distinct au présent formulaire et y indiquer les noms des autres professionnels de la santé à qui vous vous êtes adressé.

Nom	Spécialité	
Adresse complète	Téléphone n°	Télécopieur n°

Consulté du  au

Nom	Spécialité	
Adresse complète	Téléphone n°	Télécopieur n°

Consulté du  au

Nom	Spécialité	
Adresse complète	Téléphone n°	Télécopieur n°

Consulté du  au

### Renseignements sur les revenus d'autres provenances

Si vous avez demandé ou si vous touchez déjà un revenu de l'une des provenances suivantes, veuillez remplir la partie correspondante du tableau et nous faire parvenir une copie de l'avis d'acceptation, le cas échéant.

Provenance	Avez-vous fait une demande?		Recevez-vous des prestations?			Montant mensuel	N° de la demande, nom et n° de téléphone de la personne-ressource
	Oui	Non	Oui	Non	À l'étude		
Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime de pensions du Canada – prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime de pensions du Canada – prestations de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime de rentes du Québec (RRQ) – prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime de rentes du Québec (RRQ) – prestations de retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assurance emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assurance automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre assureur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Autorisation et déclaration du participant

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou toute autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de demandes de règlements précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par la Standard Life ou ses mandataires pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

J'accepte que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé comme numéro de certificat, et qu'il est de ma responsabilité d'aviser mon administrateur de régime si je ne désire pas que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé pour m'identifier.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Nom (en lettres moulées)	Police n°
Signature	Date <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>

### Déclaration du preneur

Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

#### Renseignements sur le preneur

Raison sociale du preneur (nom de l'employeur, du syndicat ou de l'association)

Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente)

Adresse complète

#### Renseignements sur le participant

Police n°       Division n°       Catégorie n°       Certificat n°

Nom  Prénom(s)  Initiale

Numéro d'assurance sociale             Employé permanent?  Oui  Non

Nature de la demande de règlement :

Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes  Mutilation

La protection était-elle en vigueur le premier jour d'absence ou le jour de l'événement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, à quelle date le participant est-il devenu assuré en vertu de la présente police?

Dans la négative, veuillez préciser.

Date d'entrée en fonction du participant           Dernier jour de travail

Si le participant est déjà rentré au travail, depuis quand est-il de retour?

Temps partiel            Temps plein

Quelle était la principale raison de l'absence du participant?

Maladie  Blessure survenue hors travail  Accident d'automobile hors travail  Maladie professionnelle ou d'un accident de travail

Veuillez indiquer les heures de travail d'une semaine normale\* :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quel était le salaire hebdomadaire brut du participant lors de son dernier jour de travail?  \$ S'agit-il d'un employé  Salarié  Horaire

Montant d'exemptions d'impôt  
Fédéral  \$ Provincial  \$ Code de demande d'exemption ou de retenue d'impôt :  
Fédéral  \$ Provincial  \$

Le participant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'invalidité?  Oui  Non

Dans l'affirmative, en préciser la provenance :

Congé annuel  Congé de maternité  Assurance emploi  Congé de maladie  Jour férié  Autre

Si autre, veuillez préciser

Montant  \$ du           au

Le participant a-t-il soumis une demande d'indemnisation aux organismes gouvernementaux suivants?

CSAT, CAT ou CSST  A.E.  RPC  RRQ  Régime d'assurance automobile provincial ou SAAQ

GF10342J

#### Service des règlements invalidité

##### Montréal

C.P. 4002, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 4M2

##### Toronto

C.P. 4105, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 2P4

##### Calgary

C.P. 1315, Succursale M  
Calgary (Alberta) T2P 2L2

Télécopieur : 1 866 645-4180

Conserver les originaux de  
tout document télécopié à la  
Standard Life.

\* Si le participant travaille  
selon un horaire irrégulier  
ou par quarts, fournir le  
calendrier correspondant)

## Déclaration du preneur (suite)

### Renseignements sur l'emploi

Quel poste le participant occupait-il de façon régulière immédiatement avant l'arrêt de travail?

Est-ce que les fonctions du participant ont été modifiées?

Oui

Non

Veillez décrire ce poste (ou joindre un exemplaire de la description de poste de l'entreprise).

Voici une analyse des exigences physiques du poste du participant qui doit être remplie par son supérieur immédiat. Dans la colonne appropriée, précisez le temps qu'il consacre régulièrement aux activités suivantes :

1. au cours d'une même période de la journée, sans pause ou interruption (approximativement) et
2. au total pendant la journée (approximativement)

Analyse des exigences physiques	1	2
Rester assis		
Se tenir debout		
Conduire		
Se pencher		
Monter et descendre les escaliers		
Soulever		
	<input type="checkbox"/> 0 - 10 livres	<input type="checkbox"/> 10 - 20 livres
	<input type="checkbox"/> 20 - 50 livres	<input type="checkbox"/> 50 livres +
au moyen d'un appareil de levage?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pousser ou tirer		
	<input type="checkbox"/> 0 - 10 livres	<input type="checkbox"/> 10 - 20 livres
	<input type="checkbox"/> 20 - 50 livres	<input type="checkbox"/> 50 livres +

Veillez décrire l'environnement de travail du participant (ex. température, bruit ambiant, exposition aux produits chimiques et à la poussière etc.)

Le participant porte-t-il un ou des équipements de protection personnelle (ex. lunettes de sécurité, chaussures de sécurité, protection respiratoire, protection auditive etc.)?

Oui

Non

Si Oui, veuillez décrire

Je certifie que les renseignements précédents sont exacts et complets.

Nom de la personne responsable (en lettres moulées)

Fonction

Téléphone n°

Signature de la personne responsable

Date

A A A A M M J J

### Déclaration du médecin traitant (État physique)

Afin que la Standard Life puisse évaluer judicieusement la demande de prestations d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Prière de noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Renseignements sur le patient			
Nom	Prénom(s)	Initiale	
Taille	Poids	Date de naissance	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>

**Diagnostic**

Quel est votre diagnostic principal?

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement?

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail?

Si votre patient souffre de troubles cardiaques, veuillez indiquer quelle est sa capacité fonctionnelle en vous fondant sur les catégories de l'American Heart Association :

- Catégorie 1 (aucune incapacité)**    
  **Catégorie 2 (incapacité minime)**    
  **Catégorie 3 (incapacité importante)**    
  **Catégorie 4 (incapacité grave)**

Quelle est la tension artérielle de votre patient?

Actuelle	À la visite précédente	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
----------	------------------------	---

Si le patient souffre d'une affection de la colonne vertébrale, a-t-il subi une radiographie, une IRM ou tout autre test? Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie des résultats de la radiographie, de l'examen IRM ou de tous autres examens qui ont été effectués.

Oui      Non

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail?

Oui      Non

Si Oui, veuillez préciser.

Prière de dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (**choses qu'il ne peut pas faire**)? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (**choses qu'il ne devrait pas faire**)? Veuillez être précis.

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques?

Oui      Non

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation.

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date

## GF10342J

### Service des règlements invalidité

**Montréal**  
C.P. 4002, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 4M2

**Toronto**  
C.P. 4105, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 2P4

**Calgary**  
C.P. 1315, Succursale M  
Calgary (Alberta) T2P 2L2

**Télécopieur : 1 866 645-4180**

Conserver les originaux de tout document télécopié à la Standard Life.

## Déclaration du médecin traitant (État physique) (suite)

### Diagnostic (suite)

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire l'affection en cause.

L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Si votre patiente est (était) enceinte, veuillez indiquer la date prévue (la date) de l'accouchement?

A A A A M M J J

### Traitement

Fréquence des consultations du patient :

Hebdomadaire  À la quinzaine  Mensuel  Autre

Si autre, veuillez préciser.

Veuillez décrire les traitements passés et actuels suivis par votre patient (ex. : date et nature de la chirurgie) et sa réaction aux dits traitements.

Le patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veuillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance.

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

Si ce patient vous a été adressé, veuillez indiquer le nom de votre confrère.

Si vous avez adressé le patient à des médecins spécialistes, veuillez indiquer les noms de ces spécialistes et leur spécialité respective.

Nom (en lettres moulées)

Spécialité

Adresse complète

Téléphone n°

Télécopieur n°

Signature

Date

A A A A M M J J



### Déclaration du médecin traitant (État psychologique)

Afin que la Standard Life puisse évaluer judicieusement la demande de prestations d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Prière de noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

#### Renseignements sur le patient

Nom	Prénom(s)	Initiale
Taille	Poids	Date
		<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>

#### Diagnostic

Prière d'utiliser la nomenclature et les codes du DSM – IV avec l'évaluation multi-axiale.

I
II
III
IV
V

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger l'arrêt de travail?  Oui  Non

Si Oui, veuillez préciser.

Prière de dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence).

Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

À quel moment les premiers symptômes sont-ils apparus?

Veuillez indiquer la raison de la consultation initiale du patient.

Y a-t-il eu un événement déclencheur?  Oui  Non

Veuillez préciser.

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement?

Quelle est la date de la première visite de votre patient depuis le début de son arrêt de travail?

L'état de votre patient est-il directement ou indirectement imputable à son emploi?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (choses qu'il ne peut pas faire)? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (choses qu'il ne devrait pas faire)? Veuillez être précis.

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques?  Oui  Non

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler sous votre recommandation.

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date.

## GF10342J

#### Service des règlements invalidité

##### Montréal

C.P. 4002, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 4M2

##### Toronto

C.P. 4105, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 2P4

##### Calgary

C.P. 1315, Succursale M  
Calgary (Alberta) T2P 2L2

**Télécopieur : 1 866 645-4180**

Conserver les originaux de tout document télécopié à la Standard Life.

## Déclaration du médecin traitant (État psychologique) (suite)

### Traitement

Fréquence des consultations du patient :  Hebdomadaire  À la quinzaine  Mensuel  Autre

Si Autre, veuillez préciser.

Veuillez décrire les traitements passés et actuels (incluant la psychothérapie) suivis par votre patient, sa réaction auxdits traitements et son observation des recommandations.

Votre patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non

Si Oui, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veuillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance.

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J
		A A A A M M J J

### Évaluation des capacités fonctionnelles

Veuillez nous donner votre opinion quant à la capacité du patient à effectuer les activités suivantes de façon soutenue durant une journée de travail normale.

**Nil** : aucune restriction à cet égard

**Légère** : légère restriction qui n'affecte pas la capacité fonctionnelle

**Modérée** : restriction qui affecte le patient mais qui n'entrave pas la capacité fonctionnelle

**Modérément grave** : restriction qui affecte la capacité fonctionnelle de façon importante

**Grave** : restriction totale quant à la capacité fonctionnelle

	Nil	Légère	Modérée	Modérément grave	Grave
Capacité à maintenir des relations avec la famille et les amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à voir à ses besoins personnels (hygiène, repas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à effectuer ses tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à maintenir des relations avec ses collègues de travail et son superviseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des tâches qui exigent peu de rapports avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre, suivre et garder en mémoire des directives reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales ou des tâches répétitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des tâches variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité de suivre un horaire établi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des tâches qui exigent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superviser ou gérer autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom (en lettres moulées)

Spécialité

Adresse complète

Téléphone n°

Télécopieur n°

Signature

Date

A A A A M M J J



**[www.standardlife.ca](http://www.standardlife.ca)**